

Bibliographie CARO été 2021 par Estelle MORAU

Thème 1 : Césarienne en urgence, COVID-19, pratiques anglo-saxonnes



La première vague de l'épidémie de COVID-19 nous a amené modifier nos pratiques et organisations dans le but de protéger les patients et les personnels de santé : port systématique d'EPI, circuits dédiés avec équipes supplémentaires sur place, modification des choix d'anesthésie chez les patients atteints ou suspects de COVID 19 (ALR préférentielle...). Dans le contexte de l'anesthésie pour césarienne les articles de référence (1) proposaient également de favoriser l'anesthésie régionale probablement moins à risque d'aérosolisation et de complications maternelles en cas de patiente infectée par le COVID-19.

La prise en charge anesthésique idéale pour une césarienne en extrême urgence doit combiner rapidité, efficacité et sécurité.

Bathia et Coll (2) rapportent dans un article à paraître dans Anaesthesia en Aout 2021 les DDI (Delai entre Décision et Incision) et pratiques observées au cours des césariennes en extrême urgence (classe 1 de la classification de Lucas) durant la période de la première vague de COVID-19 dans 7 maternités anglaises. Ils comparent les DDI, indications, éléments de prise en charge anesthésique et marqueurs de morbidité fœtale à ceux de la même période de l'année précédente.

Le taux de césarienne en extrême urgence est resté stable entre les deux périodes (19, 5 %) de même que les différentes indications. Les auteurs observent une augmentation légère du DDI médian entre les deux périodes : 26 (18–32 [4–124]) min vs. 27 (20–33 [3–102]) min; $p = 0.043$ principalement au dépend du groupe bénéficiant d'une Anesthésie Générale. Cette augmentation est expliquée par la mise en œuvre des protections individuelles et les protocoles de transport spécifique. Ils estiment que la hausse est néanmoins limitée grâce à la présence plus fréquente du consultant obstétricien sur place au cours de la seconde période (26% vs 13%). Ils n'observent pas d'augmentation du score composite de morbidité fœtal (Score APGAR < 7 à 5 min, pH < 7,10, admission en réanimation ou mort né) entre les deux périodes de façon globale ni rapporté au type d'anesthésie.

Les prises en charge anesthésiques (déduites du tableau 3) évoluent entre les deux périodes avec une diminution du recours à l'AG (25% vs 12%), une augmentation des pratiques de rachianesthésie (55% vs 63%) et des réinjections pour conversion APD (20% versus 25%). On observe le DDI médian le plus long lors de pratique de rachianesthésie (seulement un cas sur deux arrive à la valeur seuil anglaise de DDI < 30min, les autres étant supérieures).

Si l'on compare globalement les pratiques entre les deux côtés de la Manche on observe des taux assez différents concernant l'anesthésie locorégionale même avant la pandémie : pour comparaison un article récent de Bidon et coll (3) rapportaient sur une série de 194 césariennes en extrême urgence un taux de reinjection en APD de 65 % et aucune tentative de rachianesthésie pour des DDI médian de 10min [8-12,5]. Cette DDI était favorisée par une organisation intra hospitalière optimisée (présence H24 des équipes, protocole de reinjection APD précoce, taux d'analgésie péridurale pour le travail élevé).

Le taux d'analgésie péridurale dans les centres anglais concernés et l'origine des patientes bénéficiant d'une césarienne en extrême urgence (en travail ou hors salle de travail) ne sont pas rapportés dans l'étude de Bhatia. Sur le plan organisationnel la présence continue sur

place d'un anesthésiste senior a été rapportée sans modification entre les deux périodes que pour des valeurs autour de 35% en journée et 12% la nuit.

Nous n'avons pas encore de photographie des pratiques dans ce contexte de césarienne en extrême urgence en période pandémique en France et il serait intéressant de proposer un recueil multicentrique de ce type pour mesurer l'impact sur les pratiques.

1. *Morau E, Bouvet L, Keita H, Vial F, Bonnet MP, Bonnin M, Le Gouez A, Chassard D, Mercier FJ, Benhamou D; Obstetric Anaesthesia and Critical Care Club Working Group. Anaesthesia and intensive care in obstetrics during the COVID-19 pandemic. Anaesth Crit Care Pain Med. 2020 Jun;39(3):345-349. doi: 10.1016/j.accpm.2020.05.006. Epub 2020 May 13. PMID: 32405520; PMCID: PMC7219381.*
2. *Bhatia K, Columb M, Bewlay A, Tageldin N, Knapp C, Qamar Y, Dooley A, Kamath P, Hulgur M; collaborators. Decision-to-delivery interval and neonatal outcomes for category-1 caesarean sections during the COVID-19 pandemic. Anaesthesia. 2021 Aug;76(8):1051-1059. doi: 10.1111/anae.15489. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33891311; PMCID: PMC8251307.*
3. *Bidon C, Desgranges FP, Riegel AC, Allaouchiche B, Chassard D, Bouvet L. Retrospective cohort study of decision-to-delivery interval and neonatal outcomes according to the type of anaesthesia for code-red emergency caesarean sections in a tertiary care obstetric unit in France. Anaesth Crit Care Pain Med. 2019 Dec;38(6):623-630. doi: 10.1016/j.accpm.2019.05.005. Epub 2019 May 23. PMID: 31129225.*